Evalúan preparación del hospital ante incendios

- Bomberos de Viña del Mar emitirá informe sobre la preparación del establecimiento ante emergencias

Una de las características que será evaluada en la Re-Acreditación del Hospital Dr. Gustavo Fricke es la seguridad de sus instalaciones y para ello el establecimiento a través de la Unidad de Prevención de Riesgos, debe contar con un informe de bomberos donde se evalúa la preparación ante emergencias de incendio.

Olaya Apablaza, jefa de la Unidad de Prevención de Riesgos, explica que "el sistema de acreditación requiere demostrar mediante un informe de bomberos, como referente y especialista en temas de incendio, el nivel de preparación del Hospital en relación a disponibilidad de extintores, redes húmedas y otros sistemas control, verificar estado de los mismos. También aborda la capacitación y conocimiento de los funcionarios en cuanto al plan de evacuación y específicamente, qué hacer en caso de incendio, a partir de ese informe tendremos la oportunidad de aplicar un plan de trabajo que mejore las deficiencias que se detecten". Héctor Lillo, Jefe de asesoría y consultoría de la Fundación Bomberos de Viña del Mar, detalla que este proceso se inicia con la "recopilación de información técnica del lugar a visitar, de lo que vamos a ver en terreno para hacer una mejor evaluación". Posteriormente, "se hace un recorrido lo más detallado posible, por todas las unidades, tratando de detectar puntos de riesgo; como situaciones de acumulación de elementos combustibles, inflamables, evaluando las condiciones de accesibilidad para bomberos y de evacuación para los ocupantes, tanto de trabajadores como pacientes. En base a eso se hace evaluación general del nivel de riesgo que puede existir en el edificio".

Llamado a la prevención: "Hemos visitado al hospital Fricke con anterioridad y se notan varias mejoras, lo cual es satisfactorio. Si bien aún se detectan algunos detalles, más que nada de costumbre en el uso de la instalación eléctrica, que es un factor que se puede considerar importante dentro de la generación de incendios". Ante ello el funcionario de bomberos, hizo un llamado a la prevención: "no abusar de las conexiones eléctricas, no confiarse si por alguna razón en un sector salta un automático producto de un sobre consumo, ver la forma de dosificarlo y que no se generen esos cortes por sobre carga. Se debe ir alternando los elementos de alto consumo, por ejemplo si tengo que usar una estufa, no usar un calentador de agua, desconectarlo e ir alternando" concluye.

PLAN DE EMERGENCIA Y EVACUACIÓN

¿Qué hacer en caso de una emergencia ?
Mantener la calma e intentar identificar el tipo de suceso. Debe avisar al monitor de emergencia y jefatura para que se de aviso a Líder de emergencia, Servicios Generales y Prevención de Riesgos.
¿Quién determina la Evacuación?
El Líder de Emergencia que para nuestro Hospital es el Subdirector Médico o quien lo subrogue.
¿Quiénes son los monitores de emergencia?
Son funcionarios del Hospital, preparados para realizar acciones de extinción de fuego con extintores y redes húmedas y colaboran en la orientación a los usuarios en caso de evacuación.

La Hormiga Acreditadora acompañará nuevamente a los funcionarios en este proceso

Gobierno de Chile gob.cl
Servicio de Salud Viña del Mar Quillota Región de Valparaíso Ministerio de Salud
HOSPITAL Dr. GUSTAVO FRICKE

BOLETÍN RE- ACREDITACIÓN

Hospital Dr. Gustavo Fricke - Servicio de Salud Viña del Mar Quillota **Abril de 2017**

Inician planes de mejora para la Re-Acreditación

- Entre las acciones se encuentra la capacitación en ficha clínica única y la implementación de archivo en Diálisis y Medicina Fisica.

Luego de la visita realizada por la Superintendencia de Salud en el mes de enero, se efectuaron diversos planes de mejora para cumplir cada una de las características obligatorias para la Re-Acreditación del Hospital Dr. Gustavo Fricke del SSVQ, la cual está programada para el término del primer semestre de 2017.

Como parte de este seguimiento, se han desarrollado una serie de reuniones de trabajo junto a los referentes, jefaturas y funcionarios de distintos servicios para ejecutar las mejoras en el corto plazo. Una de estas, fue la capacitación sobre ficha clínica única orientada "principalmente a secretarías de las unidades y también al personal clínico que las unidades definieron. Queremos enseñarles el funcionamiento de Trakcare para acceder a la hoja de atención de urgencia (D.A.U)" explicó Giorgio Riffo, profesional de la Unidad de Calidad.

"La ficha clínica de nuestro hospital se declara mixta, es decir tiene un componente en papel con carátula y otro electrónico que es la hoja DAU de la atención en urgencia del hospital" detalló Riffo. El objetivo es que a partir de ahora, las secretarias "van a tener en sus computadores el ícono y clave de acceso para ingresar y buscar las atenciones que ha tenido el paciente en caso de que algún clínico la requiera".

Viviana Basconé, secretaria del Servicio de Medicina participó de una de las jornadas de capacitación y relata "me interesó el tema y hoy quise inmediatamente meterme al programa, es un paso al futuro para la nueva ficha electrónica. Todos apoyamos con nuestro granito de arena para que salga una buena Re-Acreditación".

Similar opinión tiene Claudia Arredondo, secretaria de Traumatología Adultos, quien indica que "me parece muy bien que nos estén induciendo a todos estos cambios y cosas nuevas que se están dando en el hospital. Es bueno que nos incorporen, nos sentimos más parte del hospital y en conjunto podemos hacer que la Acreditación salga bien en beneficio de todos: pacientes y funcionarios" concluye.

Implementación de archivo en servicios clínicos

Por la periodicidad de las atenciones de pacientes de Diálisis y de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación se habilitó en dichos servicios un espacio de acopio de fichas clínicas. De acuerdo con el profesional de la Unidad de Calidad esta adecuación se realizó ya que "logísticamente disponer de las fichas para cada atención era muy complejo para la Unidad de archivos clínicos ya que implica sacar, despachar y luego recepcionar la ficha y volver a despacharla para el otro día. Entonces, pensamos en un modelo igual al caso de los pacientes trasplantados de corazón, donde la ficha está en el mismo servicio". Esta adecuación se encuentra en "el protocolo actual, aprobado por la Superintendencia de Salud y menciona estas dos estructuras nuevas"

Ficha clínica: "Hay tres conceptos que trabajamos en esta característica: identificación de la ficha, vinculación y acceso. En el Hospital Gustavo Fricke identificamos la ficha a través del RUN del paciente, la vinculación tiene que ver con buscar antecedentes en distintas plataformas también a través del RUN y el acceso se relaciona a cómo obtener la ficha a través canales definidos"

RE- ACREDITAR: ¡META QUE JUNTOS VAMOS A LOGRAR!

- **La segunda quincena de mayo, se realizará un ensayo general del proceso.**

Al igual que en la primera Acreditación, los referentes de Calidad de cada servicio, tienen un rol fundamental. Son los encargados de monitorear el cumplimiento de las diferentes características, aplicables a sus unidades o servicios.

De acuerdo con María José Ruz, jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, el rol de los referentes es fundamental, ya que "son los encargados de coordinar la actividades de Calidad, por lo tanto, del proceso de Acreditación, son el pilar de este trabajo, nombrados por los jefes y supervisores respectivamente. En esta etapa es clave la función del Referente, ya que, el orden y el cumplimiento oportuno de los requisitos de este proceso depende mayoritariamente de su actuar y coordinación con el resto del equipo en cada Unidad/Servicio, ellos son los encargados de trasmitir el mensaje de que Reacreditación es la herramienta para implementar calidad y seguridad en la atención de los pacientes".

Teresa Cortés, Traumatología

"Estamos preparando capacitaciones para todo el personal con el objetivo de reforzar los conocimientos con todos los ítems de la re acreditación. Junto a la supervisora se creó un mural en el pasillo además de la entrega de dípticos y materia tangible para que los funcionarios tengan a acceso a recurrir a esta información cuando lo requieran".

Carmen Gloria Díaz, Pediatría

"Desde la última acreditación hemos mantenido la medición de todos los indicadores y hemos decretado para este primer semestre la re capacitación de todo el personal en relación a los protocolos vigentes. Otra de las estrategias es la entrega de estas nuevas versiones a los médicos en sus reuniones clínicas y aclarar su participación en el proceso".

Daniela Vera, Imagenogía

"Para mí como referente de calidad ha significado un desafío, en el 2014 participé pero no como referente. En imagenología tenemos tres características obligatorias: la notificación de exámenes críticos: en nuestro caso tenemos el TEP positivo trombosbolismo pulmonar, procedimientos de riesgos como los exámenes con contraste en scaner, y consentimiento informado en los procedimientos intervencionistas".

Jenny Zárate, UPC Neonatología

"Yo creo que la cultura de calidad ha ido in crescendo, desde la última acreditación hasta ahora hay muchas personas involucradas que están con el concepto mucho más claro y con más compromiso. En todas las acciones que vamos a realizar debe estar reflejada la calidad, hay que subirse al carro y trabajar en pro del paciente".

Carolina Albertini, UPC

"Hay que tomarle el peso a estar en esta segunda etapa, en la que nos van a exigir un poco más en cuanto a lo que hacemos con nuestros pacientes. En general las UCI trabajan bajo ciertas normas y protocolos, llevan años trabajando de esa manera, así que más que instaurar cosas nuevas es supervisar que se sigan haciendo.

Irina Daroch, Equipos Médicos

"Estamos trabajando en un plan de mejora que consiste en informar a los servicios que las mantenciones preventivas son importantes para sus equipos, para la seguridad del paciente y que es un trabajo conjunto. No es solo de Equipos Médicos realizar la mantención, sino también de los servicios avisarnos cuando los equipos están disponibles para sus mantenciones, para el bien común del hospital y de los pacientes".

Cristina Delgado, SDGU

"Con la Unidad de Archivos Clínicos, estamos trabajando con la ficha clínica única, los registros deben estar oportunamente y no debe haber duplicidad. Con Participación Social estamos trabajando el tema de dignidad del paciente a través de la difusión de sus derechos y deberes. Y con OIRS estamos trabajando el cumplimiento del plazo de respuesta y que el contenido de la carta, sea una respuesta satisfactoria para el usuario".

Jesica Altamirano, UEA

"La cultura de calidad ya está en nosotros, es cosa de volver a motivarnos y organizar todo lo que tenemos"

"Participamos en el proceso anterior, en esa oportunidad nos tocó crear y preparar el proceso de acreditación de la unidad, ahora estamos en proceso de revisión. Nuestro rol es revisar y analizar todas las pautas, hacer planes de mejora y ver que concuerden todos los datos que presentamos. En la Urgencia nuestra meta de calidad es el porcentaje de pacientes categorizados en el selector de demanda, desde hace algunos años nuestra meta era 50% - 60% de pacientes inscritos categorizados y hoy tenemos un porcentaje de 98%"

Patricio Jorquera , UEA

Ganadora concurso frase

Durante el mes de febrero se realizó un concurso para definir una frase que represente el proceso de Re-Areditación. Participaron 18 funcionarios que presentaron un máximo de tres frases y luego de la votación realizada por el Equipo Directivo, se determinó que la frase ganadora es "Re- Acreditar: ¡Meta que juntos vamos a lograr!", su autora fue Clarisa Cuevas Carvajal de Abastecimiento. ¡Felicitaciones!